**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE OFERTAS DE ENTIDADES SOCIOASSISTENCIAIS NO**

**CADASTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNEAS**

|  |
| --- |
| O Formulário de exclusão deverá ser enviado para o e-mail redeprivadasuas@mds.gov.br. |
|  |
| **DADOS DE EXCLUSÃO** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Município:** | Insira aquí o Nome da Entidade | **UF:** | Insira aqui a UF |
| **Nome da Entidade:** | Insira aqui o Nome da Entidade |
| **CNPJ:** | Insira aqui o nº do CNPJ |

 |
|  |
| **OFERTAS A ENTIDADE NÃO EXECUTA - DEVEM SER EXCLUÍDAS DO CNEAS** |
| NOME DA OFERTA | ENDEREÇO DA OFERTA |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 2- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 3- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 4- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 5- | Insira aqui o Nome da Oferta |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 2- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 3- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 4- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 5- | Insira aqui o Endereço da Oferta |

 |
|  |
| **OFERTAS QUE A ENTIDADE EXECUTA - PERMANECEM NO CNEAS** |
| NOME DA OFERTA | ENDEREÇO DA OFERTA |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 2- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 3- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 4- | Insira aqui o Nome da Oferta |
| 5- | Insira aqui o Nome da Oferta |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 2- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 3- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 4- | Insira aqui o Endereço da Oferta |
| 5- | Insira aqui o Endereço da Oferta |

 |
|  |
| [ ]  Declaro que as informações prestadas são verdadeiras. |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Insira o local | , | Inserir data. |
| ---------------------------- |  | ----------------------------------------------------------- |

 |
|  |
|  |
| Insira aqui o Nome do Gestor/or ou Técnica(o) |
| (Nome da gestora/or da política de assistência socialou técnica/o responsável pelo preenchimento do CNEAS) |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CPF:** | Insera nº CPF . | **Telefone: (** | DDD | **):** | Insira nº Telefone |

 |
| • Em caso de dúvidas, entrar em contato através do e-mail redeprivadasuas@mds.gov.br• Esse formulário deverá ser utilizado no caso de exclusão de ofertas de entidades socioassistenciais que continuam atuam na política de assistencia social prestando outras ofertas.• Para envio do formulário verifique se todas as informações foram prestadas. Não é necessário assinar o documento.  |